

Załącznik nr 5

Wniosek o refundację kosztów bieżącej opieki nad dziećmi do lat 3

nr z dnia

**Projekt "Pracująca mama" realizowany w ramach
Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko -Pomorskiego na lata 2014-2020;
Oś priorytetowa 8 Aktywni na rynku pracy; Działanie 8.4 Godzenie życia zawodowego i rodzinnego;
Poddziałania 8.4.1 Wsparcie zatrudnienia osób pełniących funkcje opiekuńcze.**

Ja niżej podpisana

zamieszkała

w związku z zawartą umową nrw projekcie „Pracująca mama” wnoszę o refundację
poniesionych przeze mnie kosztów opieki nad dzieckiem za miesiąc

imię i nazwisko dziecka	
PESEL	
Stopień powinowactwa lub inna forma opieki prawnej	

imię i nazwisko dziecka	
PESEL	
Stopień powinowactwa lub inna forma opieki prawnej	

zgodnie z dołączonymi dowodami (kopia rachunku/faktury wraz z dowodem zapłaty) oraz poniższym
wyliczeniem:

Poniesiony koszt opieki zgodnie z dowodami	
Kwota do wypłaty	
Słownie kwota do wypłaty	

Proszę o dokonanie przelewu na mój rachunek bankowy o numerze:

.....

.....
Czytelny podpis uczestniczki

Oświadczenia Uczestniczki projektu:

1. Wyrażam/nie wyrażam* zgody na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym Wniosku o refundację kosztów bieżącej opieki nad dziećmi do lat 3w ramach projektu „Pracująca Mama”, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2016 poz. 922),
2. Wyrażam/nie wyrażam* zgody na przetwarzanie moich danych wrażliwych zawartych w niniejszym Formularzu kwalifikacyjnym na potrzeby rekrutacji do projektu „Pracująca Mama”, zgodnie z art. 23 i 31 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2016 poz. 922).

.....
Czytelny podpis uczestniczki

3. Oświadczam, że w miesiącu zapewniłam/nie zapewniłam opiekę pozostałym dzieciom, nad którymi sprawuję opiekę (*wypełnić i podpisać jeśli dotyczy*)

.....
Czytelny podpis uczestniczki

4. Oświadczam, że znane mi są okoliczności i przyczyny na podstawie których nastąpić może utrata refundacji/przerwanie udziału w projekcie (np. utrata prawa do opieki nad dziećmi do lat 3). Zobowiązuję się w terminie 5 dni kalendarzowych od zaistnienia takiej sytuacji powiadomić Biuro Projektu.

.....
Czytelny podpis uczestniczki



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



WOJEWÓDZTWO
KUJAWSKO-POMORSKIE

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Wypełnia biuro projektu

Sprawdzono i zatwierdzono pod względem kompletności i poprawności:

.....

(Podpis Asystenta Projektu)

Sprawdzono i zaakceptowano pod względem merytorycznym:		Sprawdzono i zaakceptowano pod względem formalnym i rachunkowym:	
Data:		Data:	
Podpis:		Podpis:	
Zatwierdzono do wypłaty jako kwotę kwalifikowalną w projekcie:			
Kwota:			
Słownie:			
Data:			
Podpis:			